

Universidad Nacional de Cajamarca  
“Norte de la Universidad Peruana”  
*Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962*  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
Escuela Académico Profesional de Medicina Humana  
CAJAMARCA – PERÚ



**“NIVEL DE CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE  
CAJAMARCA, OCTUBRE - DICIEMBRE 2019”**

Para optar el título profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR**

Silvia Paola Urcia Miranda

**ASESOR**

M.C. Miguel Andrés Vargas Cruz

Cajamarca – Perú

2020

# ÍNDICE

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I: PROBLEMA CIENTIFICO Y LOS OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA .....	13
1.2. JUSTIFICACION .....	14
1.3. OBJETIVOS.....	16
1.3.1. GENERAL .....	16
1.3.2. ESPECIFICOS .....	16
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	18
2.2. BASES TEORICAS .....	23
2.2.1. LA HISTORIA CLÍNICA .....	23
2.2.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS. ....	27
2.3. HIPOTESIS .....	31
2.4. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	32
<b>CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>33</b>
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	34
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	34
3.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	35
3.4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS .....	36
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	36
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>38</b>
4.1. RESULTADOS.....	39
4.2. DISCUSIÓN .....	45
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES .....</b>	<b>50</b>
CONCLUSIONES.....	51
<b>CAPITULO VI: RECOMENDACIONES.....</b>	<b>52</b>
RECOMENDACIONES.....	53
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>56</b>

## **DEDICATORIA**

A mis amados padres por siempre apoyarme y ser mi guía. A mis hermanos, tías y tíos,  
a mi sobrino Jack que siempre será una luz en nuestros caminos.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme valor y seguridad para cumplir mis objetivos, por darme la hermosa familia que tengo que son mi soporte y motivación de luchar. A mis padres, Pedro Urcia Campos y Mary Miranda Rendón, que siempre están a mi lado dándome fuerza y ánimos para poder lograr mis metas sin ellos yo no hubiese llegado a ningún lado, a mis hermanos Luis, Verónica y Pedro, que siempre me apoyan en todo y nunca me han dejado sola, a mi hermoso sobrino Jack que es un motivo más para luchar cada día, a mis Tías y Tíos que siempre confiaron en mí y siempre me dieron su apoyo y consejos, a mis primos que siempre han sido un ejemplo a seguir y una motivación por todos sus logros, a mis Docentes que me inculcaron buenos valores y gracias a todas sus enseñanzas pude llegar hasta donde estoy, y a todas las personas que siempre han estado cerca de mi dándome comprensión en mis buenos y malos momentos, personas que siempre serán importantes en mi vida.

## **RESUMEN**

Teniendo en cuenta que la relación médico paciente tiene una connotación de reciprocidad donde se conjugan los derechos y deberes tanto del médico como del usuario, y esta relación se hace evidente en el manejo adecuado de las Historias Clínicas, y en consecuencia siendo considerada como la máxima dimensión en el mundo jurídico, a sabiendas que es un documento que refleja la práctica y el acto médico, así como la medición respectiva de la calidad asistencial. El presente trabajo se basa justamente en determinar el nivel de calidad de registro de la historia clínica para clasificarla según los parámetros estandarizados de la norma técnica del Ministerio de Salud.

**OBJETIVOS** Determinar la calificación correspondiente a la calidad de registro de la historia clínica en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca; Identificar las principales deficiencias en la elaboración de la historia clínica; Establecer el adecuado registro de cada ítem de la historia clínica establecido por la norma técnica del MINSA, 2016. **MATERIAL Y MÉTODOS:** El estudio realizado es no experimental de corte transversal de tipo descriptivo, el tamaño de la muestra fue 363 historias clínicas de una población de 6453 historias del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca de Octubre – Diciembre 2019, para determinar el nivel de calidad se utilizó el formato oficial de evaluación de la calidad de registro de emergencia que se encuentra en la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad De La Atención en Salud – Nts N 029 – Minsa/ Digepres-V.02 Año 2016 la cual da una clasificación en satisfactorio, por mejorar y deficiente dependiente del puntaje obtenido. **RESULTADOS:** Al analizar el 100% de la muestra se obtiene un puntaje total de 47,44 correspondiente al 62.42% que según los parámetros estipulados por la norma técnica del 2016 la clasifica como Deficiente. En la subcategoría FILIACIÓN, se halla Tipo y N° de Seguro (0 %), Documento de Identidad (5 %), Estado Civil (0 %), Grado de Instrucción

(0 %), Ocupación (0 %) y Religión (0 %). En EXAMEN CLINICO vemos que las preguntas que menos puntaje alcanzaron fueron Puntaje de Escala de Glasgow (7 %) y Estado General (20 %). Y por último se observa que las preguntas que menos puntaje alcanzaron en la subcategoría DIAGNÓSTICO, fueron Definitivo Coherente (0 %) y Uso del CIE 10 (0 %). **CONCLUSIÓN:** El nivel de calidad de la historia clínica en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Octubre - Diciembre 2019 se clasifica como DEFICIENTE

**PALABRAS CLAVES:** Historia Clínica, Calidad de Registro

## **ABSTRACT**

Taking into account that the patient-doctor relationship has a connotation of reciprocity where the rights and duties of both the doctor and the user are combined, and this relationship is evident in the proper management of the Clinical Histories, and consequently being considered as the maximum dimension in the legal world, knowing that it is a document that reflects the practice and the medical act, as well as the respective measurement of the quality of care. The present work is based precisely on determining the level of quality of record of the clinical history to classify it according to the standardized parameters of the technical norm of the Ministry of Health.

**OBJECTIVES** To determine the qualification corresponding to the quality of the record of the medical record in the emergency service of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca; Identify the main deficiencies in the elaboration of the clinical history; Establish the adequate record of each item of the clinical history established by the technical standard of MINSA, 2016. **MATERIAL AND METHODS:** The study carried out is a non-experimental cross-sectional descriptive type, the sample size was 363 clinical records of a population of 6453 stories of the emergency service of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca from October - December 2019, to determine the quality level, the official format for the evaluation of the quality of the emergency registry that is found in the Technical Standard of Audit Health was used of the Quality of Health Care - Nts N 029 - Minsa / Digepres-V.02 Year 2016 which gives a classification in satisfactory, to improve and deficient depending on the score obtained. **RESULTS:** When analyzing 100% of the sample, a total score of 47.44 corresponding to 62.42% is obtained, which according to the parameters stipulated by the 2016 technical standard classifies it as Deficient. In the sub-category FILIATION, there is Type and Insurance No. (0%), Identity Document (5%), Marital Status (0%), Degree of Instruction (0%), Occupation

(0%) and Religion (0 %). In CLINICAL EXAMINATION we see that the questions that reached the lowest score were Glasgow Scale Score (7%) and General Status (20%). And finally it is observed that the questions that received the lowest score in the DIAGNOSIS subcategory were Coherent Definitive (0%) and Use of ICD 10 (0%). **CONCLUSION:** The quality level of the medical record in the emergency department of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, October - December 2019 is classified as DEFICIENT **KEY WORDS:** medical history, audit, quality Emergency Service. It is determined that the most deficient subcategories are the Diagnosis, the Clinical Examination and the Filiation.

## **INTRODUCCIÓN**

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones, el presente trabajo busca determinar el nivel de calidad de registro de historia clínica.

Como característica principal se considera a la Historia Clínica y en general a todos los registros médicos como documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

Además hay que mencionar que la historia clínica no es un producto individual sino de todo un equipo de profesionales entre médicos, enfermeras y otros que muchas veces para dar cumplimiento a dicho documento se deriva de circunstancias poco favorables dando como resultado que la documentación no sea la adecuada o este incompleta, por ello para garantizar que sea un medio de comunicación e información de la atención prestada se debe controlar la calidad de la historia clínica.

La evaluación de la calidad de la atención médica es una preocupación de muchas instituciones y es indudable que cualquier establecimiento debe esforzarse por elevar la calidad de la atención a sus pacientes. Desde hace muchos años las autoridades de los establecimientos asistenciales han dedicado esfuerzos al ordenamiento de la Historia Clínica. Se le pide al médico tratante la mejor calidad de ese documento. Quién lee una Historia Clínica puede evaluar qué clase de atención recibe el paciente.

El interés por el cual se realiza esta investigación se basa en tratar de determinar el nivel de calidad de historia clínica en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, lo cual nos permitirá conocer si es satisfactorio, por mejorar o deficiente y de acuerdo a esto verificar las posibles falencias más importantes e intentar corregirlas de acuerdo a los parámetros establecidos y estandarizados que nos brinda el Ministerio de Salud (MINSA).

El siguiente estudio tiene un diseño no experimental de corte transversal de tipo descriptivo, es decir indaga la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población. Se utilizó el formato oficial de evaluación de la calidad de registro de historia clínica en el servicio de emergencia que se encuentra en la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud – Nts N 029 – Minsa/ Digepres-V.02 Año 2016.

En el Capítulo I se tienen la introducción, donde se plasma justificación, descripción del problema de investigación, metodología utilizada.

En el capítulo II se desarrolla tanto los antecedentes importantes sobre el tema de investigación y la base teórica que nos ayuda a determinar los parámetros que se busca para clasificar el nivel de registro de historia clínica ya que son la base científica para establecer la norma técnica del MINSA.

En el capítulo III se plasma el objeto de estudio, tipo de estudio, población, muestra, el procesamiento de datos y los aspectos éticos.

En el capítulo IV se describe a detalle los resultados obtenidos a partir de la recolección y procesamiento de datos que se baja en las historias clínicas de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca entre los meses de octubre a diciembre del 2019.

En el capítulo V se presenta la discusión e interpretación de los resultados teniendo en cuenta los antecedentes teóricos.

En el capítulo VI se describen las conclusiones a las que llegamos después de analizar e interpretar los resultados.

Finalmente en el capítulo VII se enumeran algunas recomendaciones en base a la interpretación de resultados.

# **CAPITULO I: PROBLEMA CIENTIFICO Y LOS OBJETIVOS**

## **1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel calidad de registro de la historia clínica en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Octubre - Diciembre 2019?

## 1.2. JUSTIFICACION

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos. Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. (1)

El presente trabajo busca analizar las historias clínicas para poder evaluar la calidad de atención basándose en dicho análisis. La investigación nos brindará información acerca de la calidad en la elaboración de una historia clínica, lo cual nos permitirá definir aquellas deficiencias en su elaboración para posteriormente establecer ítems a mejorar.

**Justificación teórica:** Para el presente estudio se considera a la Historia Clínica y en general a todos los registros médicos como documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia (2). El presente trabajo se desarrollará aplicando los procedimientos del método científico, por lo cual constituye un aporte de conocimientos en esta área de la medicina.

**Justificación Práctica:** La evaluación de la calidad de la atención médica es una preocupación de muchas instituciones y es indudable que cualquier establecimiento debe esforzarse por elevar la calidad de la atención a sus

pacientes. Desde hace muchos años las autoridades de los establecimientos asistenciales han dedicado esfuerzos al ordenamiento de la Historia Clínica. Se le pide al médico tratante la mejor calidad de ese documento. Quién lee una Historia Clínica puede evaluar qué clase de atención recibe el paciente (2)

El presente trabajo de investigación aportará herramientas para que se realice una retroalimentación acerca de la calidad de registro en las historias clínicas de emergencia.

**Justificación Metodológica:** esta investigación aporta métodos de investigación que posteriormente se puede utilizar para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención basado en el adecuado registro de historias clínicas, además que permite ser fuente de futuras investigaciones.

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. GENERAL**

Determinar el nivel calidad de registro de la historia clínica en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Octubre - Diciembre 2019.

#### **1.3.2. ESPECIFICOS**

- Determinar la calificación correspondiente a la calidad de registro de la historia clínica en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Octubre - Diciembre 2019.
- Identificar las principales deficiencias en la elaboración de la historia clínica.
- Establecer el adecuado registro de cada ítem de la historia clínica establecido por la norma técnica del MINSA, 2016

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

En todos los países es de vital importancia analizar la calidad de atención en salud basándose en el adecuado manejo de la historia clínica, de aquí que hay varios estudios relacionados con el tema:

Sergio Eduardo Ayala Moreno, Andrea Maria Perez Gayon, Zulma Bibiana Pineda Botero, Aldemar Rueda Diaz, en su estudio titulado “Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas en el Servicio de Urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional Colombia – 2007” el cual fue un estudio Descriptivo Retrospectivo, de la evaluación de la Calidad de Las Historias Clínicas del servicio de urgencias como criterio de inclusión; de un tamaño poblacional de 15 mil Historias Clínicas con una proporción esperada de buen diligenciamiento de 50%, para un nivel de confianza del 95%. Se evaluaron Atributos de las Historias Clínicas en el diligenciamiento administrativo y Clínico, tomando como parámetros: Optimo, Adecuado, Aceptable, Deficiente e Inaceptable. El estudio arrojó resultados de ausencia de rango Óptimo en el diligenciamiento de las historias clínicas, con una media del 26% en el rango de Aceptable, dejando claro que se debe realizar un trabajo de sensibilización en el correcto diligenciamiento de las Historias Clínicas del personal del servicio de urgencias de la institución en mención. (3)

German Andrés Losada Hernández y Edgar Andrés Obando Bravo en su estudio titulado “Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas en los Servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa en la ESE Hospital Municipal De Algeciras” realizado en la Colombia – 2009, obtuvieron como resultados que en lo que respecta a consulta externa se encontró que datos como: teléfono, nombre de usuario en la hoja de evolución, documento de identidad en la hoja de evolución, numero de historia clínica en

la hoja de evolución no son anotadas, siendo consideradas como malas según el porcentaje de cumplimiento, y según el requerimiento de la norma del país. En el servicio de hospitalización se calificó como regular la evaluación del peso y como malo el examen de cabeza, órganos de los sentidos, cuello, y dermatológico. Durante la revisión de las notas de evolución en este mismo servicio, el porcentaje de cumplimiento de la anamnesis es considerado como malo. Por lo que dentro de las conclusiones se observa que en los servicios de urgencias y hospitalización, criterios administrativos básicos, como nombre de usuario, documento de identidad, dirección y teléfono, estuvieron presentes en algunas de las historias clínicas pero no en la totalidad, como era de esperarse según las hipótesis planteadas. En el servicio de urgencias, la epicrisis no se diligenció en gran porcentaje, dada su importancia, debe ser considerada una falla administrativa. La legibilidad de la letra en los tres servicios evaluados fue deficiente, encontrándose además problemas como tachones, enmendaduras y siglas. (4)

Rodolfo Cesar Cordero Borja realiza su tesis titulada “Auditoria Médica En Un Centro Médico De Essalud Con Sistema De Gestion Hospitalaria” en Lima - Perú en el año 2004: En los Resultados se observa que el puntaje promedio fue de 69.40 puntos, calificándose de regular. Datos de Filiación (100%) y Diagnóstico realizado con criterios del CIE-10(98.4%), tuvieron alta calificación. Además cabe destacar que se encontró ausencia o registro incompleto en forma repetitiva en rubros de Anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico y Tratamiento. Adicionalmente se encuentra que el 100% de las Historias Clínicas presento registro incompleto por falta de firma y sello del médico. Como conclusión obtuvo que las Historias Clínicas con Sistema de Gestión hospitalaria tienen más atributos de calidad en relación a las Historias Clínicas convencionales. Además define que las deficiencias observadas ameritan la implementación de Auditoria Médica

como procedimiento de rutina, capacitación y finalmente, se sugiere la modificación de la Historia Clínica con Sistema de Gestión Hospitalaria. (5)

Edwin Pablo-Rocano Lima en el 2008, en su estudio titulado “Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de una Hospital General” revisó 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del presente año en el Servicio de Emergencia del Hospital Loayza de Lima. Dentro de los resultados se puede observar que el 100% de las historias clínicas (HC) auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); en ninguna HC se registró la codificación CIE10; sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis; sólo el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina; en el 60% de las HC no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC; y, en más del 50% de HC no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación de los mismos. Y como conclusión se determina que las historias clínicas auditadas calificaron como regulares. (6)

Juan P. Matzumura Kasano y col. Lima – 2014. En su estudio titulado “Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011” obtuvo como resultado que el 63,8% (206) de las historias tenía una calidad de registro ‘aceptable’, mientras que en 36,2% (117) de historias, la calidad de registro ‘falta mejorar’. Cabe destacar que los

ítems diagnósticos y tratamiento completo fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en aquellas historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6% llenadas de modo completo, respectivamente) como en aquellas con registro falta mejorar (20,5% y 23,1%, respectivamente). La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente). Sacando como Conclusiones: Más de la mitad de las historias clínicas estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable para los estándares en la Clínica Centenario Peruano Japonesa. (7)

Jorge Alejandro Yarinsueca Gutiérrez Lima – 2015. En el estudio titulado “Eficacia de Capacitación para Mejorar la Calidad de las Historias Clínicas elaboradas por los Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos De Mayo, Lima Perú. Enero - Diciembre 2007” que incluyeron 71 internos obtuvo como resultados que el porcentaje de historias clínicas consideradas aceptables aumento de 66.6% a 84,5% ( $p=0,001$ ) Hubo mejoría en la filiación ( $p=0,002$ ) y diagnostico presuntivo ( $p=0,048$ ). Sin embargo aún existen deficiencias en varios ítems después del programa de Capacitación. En las conclusiones se encontró una mejora en la elaboración de la historia; sin embargo a pesar del Programa de Capacitación aún existen puntos deficientes, siendo éstos de suma importancia, tales como la fecha y hora de atención y la firma y sello del médico. Por lo tanto se debe capacitar constantemente a los Internos de Medicina para obtener resultados óptimos. (8)

Br. Katty Gianina Barrera Astuhuamán. Perú – 2017 en su estudio titulado “Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016” Obtuvo que los resultados de la investigación evidencian 98,8% de las historias clínicas tienen regular calidad de total de

85 historias clínicas revisadas. Siendo el resultado de 87.1% regular en la dimensión completo, además como calidad mala 50.6% y regular 49.4% en la dimensión legible y un 97.6% de calidad regular en la dimensión veraz. (2)

Ana Lucia Romero Palacios Chiclayo – 2018 en el estudio titulado “Calidad de la Historia Clínica en la Evolución y Epicrisis en Internos de Medicina de dos Hospitales - Provincia de Chiclayo, período Agosto a Noviembre, 2016”. Obtuvo como parte de los resultados: que la evaluación de las evoluciones de las historias clínicas realizadas en los hospitales en estudio, mostró que los ítems con menor porcentaje de cumplimiento fueron la interpretación de exámenes con un 34,7% y 26,3% respectivamente. En cuanto a las epicrisis realizadas en el HRDLM mostró que los ítems con menor porcentaje de cumplimiento fueron hora de egreso con 1,3% y complicaciones con 11,3%. Conclusiones: La mayor proporción de cumplimiento de datos imprescindibles fueron: legible, fecha y hora para evolución y nombre, apellidos, firma y sello del médico, legible, y tipo de alta y condiciones de egreso para epicrisis. (9)

## **2.2.BASES TEORICAS**

### **2.2.1. LA HISTORIA CLÍNICA**

Se considera que la palabra Historia deriva etimológicamente del latín historia y éste del griego historia que significa búsqueda, averiguación, así como la palabra Clínica, del griego kliné "cama" y éste a su vez de klinó "inclino", es decir, me inclino a averiguar qué le sucede al que se encuentra en cama (enfermo) y dichas averiguaciones se vuelcan en forma escrita. Los primeros relatos de información clínica se deben a los “médicos” hipocráticos del siglo V a.C que sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia de médicos ante la enfermedad individual de sus pacientes. (2)

La Historia Clínica se considera hoy en día como el conjunto de documentos ordenados y detallados que recopilan cronológicamente todos los aspectos de salud del paciente y de su familia, durante su vida y sirve de base para conocer las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen a lo largo del proceso asistencial. (8) (2)

#### **Concepto**

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico-legal donde queda registrada toda la relación del personal asistencial con el paciente, todos los actos y actividades médico - sanitarias realizados y todos los datos relativos a su salud, que tiene como finalidad facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda. (10)

Con el desarrollo de las ciencias médicas, este documento no se limita a narrar o exponer hechos simples, sino que incluyen juicios, documentos, imágenes, procedimientos, informaciones y el consentimiento del paciente, en fin, es un registro que se desarrolla en el tiempo y que documenta la relación médico-paciente. (8)

La historia clínica es la constancia escrita de todos los exámenes médicos y estudios realizados como así mismo de todo lo efectuado en el transcurso de la enfermedad y de los tratamientos llevados a cabo. Es el documento en el que se registra la totalidad del acto médico realizado, siendo imprescindible para elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica, por lo que resulta necesario un ordenamiento estándar. (11)

### **Finalidad**

La historia clínica tiene como finalidad esencial recoger datos del estado de salud del paciente para facilitar la asistencia sanitaria. El motivo primordial que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla en el tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios de salud por parte del paciente. (10)

Se puede considerar que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar una adecuada asistencia médica y en general de todo el personal asistencial. (10) (11)

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra asistenciales de la historia clínica como son docencia e investigación, evaluación de la calidad asistencial, el aspecto administrativo y el médico –legal que tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, sirve como Instrumento de dictamen pericial. (10)

## **CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA**

Las principales características consideradas por la Dra. Adriana Silvia Velito y el Dr. Sergio Ramiro Tejada Soriano son: (10)

### **Confidencialidad**

El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen data de los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia. La obligación de secretos es uno de los temas del derecho sanitario que más preocupa dada la creciente dificultad de su mantenimiento, el secreto no es absoluto, en la práctica médica pueden surgir situaciones de conflicto entre el deber de secreto y el principio de beneficencia del médico, fuerte protección legal del derecho a la intimidad. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe en una persona.

### **Seguridad**

Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

### **Disponibilidad**

Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

### **Única**

La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria.

**Legible.**

Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

**REQUISITOS DE LA HISTORIA CLINICA**

Dentro de las funciones de la historia clínica se encuentran: a) Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo respecto a la evolución del estado del paciente, b) Brindar información que permita docencia, evaluación de la asistencia e investigación y c) Ayudar al profesional de salud cuando se ponga en duda su actuación profesional. Para cumplir dichas funciones tiene que cuidar su fondo y su forma; es decir debe ser:

**Completa:** según Amórtégui et al. 2010, la historia clínica debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Es decir debe quedar registrado todo acto médico en el momento en que se realiza la consulta, deberá anotarse qué se ha observado, cuando y en qué circunstancias, así como la transcripción detallada de las prescripciones que se indican, especialmente los medicamentos para evitar dosis adicionales por tal razón las indicaciones médicas deben incluir el área corporal y la frecuencia. Además se debe incluir los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc. (2) (10)

**Legible:** Una redacción inteligible en la historia clínica perjudica a todo el equipo de salud, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia. (10) Por ello los textos deberán ser comprensibles, realizados con letra legible, además guardar relación entre las palabras así como frases claras, sin ambigüedades, identificando claramente las anotaciones, evitando toda sospecha de alteración de los registros,

procurando evitar dejar espacios en blanco sobre o bajo las notas o arrancando hojas escritas, se hace énfasis en que se desarrollará con letra clara, separando bien las palabras, sin faltas de ortografía, sin abreviaturas, con el horario de 24 horas, aclarando los registros confusos, cada anotación llevará fecha y firma legible. (2)

**Veraz:** La historia clínica, debe caracterizarse por ser autentico, claro y natural, constituyendo un derecho del usuario. Si no se cumple tal requisito puede incurrirse en un delito. (10) (2)

Un error en la historia clínica se corrige trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el término correcto por encima de la línea anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección. (12)

## **2.2.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.**

### **Necesidad de controlar la calidad de las historias clínicas (10)**

La historia clínica es un documento esencial, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones ya mencionadas. Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. Es imprescindible que la historia clínica contenga suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia.

(10) (12)

La historia clínica es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes y diversos profesionales (médicos, enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, y otros). Por otra parte, la cumplimentación de esta documentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual en

ocasiones se presta en circunstancias poco favorables, lo que podría derivar en que no sea la adecuada o no se halle tan completa como sería deseable. (10)

Para considerar que la historia clínica es un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamientos, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar la calidad de la historia clínica. (12) (10)

### **Objetivos de la revisión (10)**

Como hemos indicado anteriormente, el objetivo de la revisión puede ser el establecimiento de un procedimiento que, de forma rutinaria, permita que se detecten y se corrijan los déficits en las historias revisadas de acuerdo al formato oficial del MINSA presente en **NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – NTS N 029 – MINSA/ DIGEPRES-V.02 año 2016**

Otro objetivo puede consistir en la evaluación de la calidad de la documentación de las historias para detectar los déficits y proponer medidas correctoras para futuras situaciones.

Donabedian planteó que los métodos para evaluar la calidad de la atención pueden aplicarse a tres elementos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Según el autor el proceso es el conjunto de actividades que se realizan, entre las que ocupa un papel primordial la misma elaboración de la Historia Clínica. Por ello, la calidad de la historia clínica, es piedra angular de todo el sistema hospitalario, es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales, además la historia clínica reúne una serie de características en cuanto a contenido informativo, ordenación lógica, normalización

documental y legibilidad, que fueron recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. (2) (5) (12)

La evaluación de la calidad de las historias clínicas, en la práctica, se plantea desde dos enfoques diferentes:

Un primer tipo de evaluación tiene como objetivo lograr historias completas o de calidad, es decir cumplir una serie de requisitos establecidos previamente. Para ello, se revisan las historias, las deficiencias detectadas se corrigen en un plazo determinado y pactado previamente con el autor de la historia. Esta forma planteamiento es habitual en EE.UU. y se denominan risk management programs. Dentro de este enfoque tenemos dos tipos de análisis de la historia clínica: (2) (10)

1. **La revisión cuantitativa:** que revisa la presencia de los diferentes documentos que integran la historia, así como otros aspectos tales como su orden. Se trata entonces de una evaluación objetiva el cual es realizado por personal capacitado en Documentación Médica.
2. **La revisión cualitativa:** es una evaluación con mayor carga de subjetividad y en la que se analiza el contenido informativo de la historia. Corresponde su realización a los facultativos de los servicios clínicos.

Un segundo planteamiento consiste en la realización de una revisión (que puede ser cuantitativa o cualitativa) cuyos resultados se informa a los autores para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección. Este tipo de planteamientos el que, habitualmente, se realiza en nuestro entorno por el servicio de Documentación Clínica o por la Comisión de Historias Clínicas del centro. (10)

Otro tipo de análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, es la auditoria médica que incluye procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos, los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y

en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos.

### **2.3.HIPOTESIS**

**Hi:** El nivel de calidad de registro de la historia clínica del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca es deficiente.

**Ho:** El nivel de calidad de registro de la historia clínica del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca no es deficiente.

## 2.4. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

### 2.4.1. Variable independiente: Historia clínica

### 2.4.2. Variable dependiente: Calidad de registro

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Escala valorativa
historia clínica	Estudio clínico Diagnóstico Plan de trabajo Evolución Tratamiento Presentación de la historia clínica	El documento médico-legal donde queda registrada toda la relación del personal asistencial con el paciente, todos los actos y actividades médico - sanitarias realizados	Registra datos de la relación personal de salud y paciente: Ginecologica Pediatria Neonatal Geriatrica	Cualitativa	Categorica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legibilidad</li> <li>- Registro de Fecha y hora.</li> <li>- Prioridad de emergencia</li> <li>- Datos de filiación</li> <li>- Registro del motivo de consulta.</li> <li>- Registro de antecedentes de importancia.</li> <li>- Registro de funciones vitales.</li> <li>- Registro de examen físico completo.</li> <li>- Tipo de Diagnóstico (presuntivo/definitivo) - Plan de diagnóstico. - Notas de evolución.</li> <li>- Grado de solicitud y respuesta de las interconsultas.</li> <li>- Resultado de exámenes.</li> <li>- Prescripción de medicamentos.</li> <li>- Firma y sello del personal médico</li> </ul>	Norma técnica del MINSA2016
Calidad de registro	Satisfactoria Por mejorar Deficiente	El llenado adecuado de un documento oficial según estándares establecidos	7 sub áreas las cuales son Filiación con 16 ítems (8puntos), Anamnesis con 5 ítems (13 puntos), Examen Clínico con 5 ítems (10 puntos), Diagnóstico con 3 ítems (20 puntos), Plan de Trabajo con 7 ítems (12 puntos), Tratamiento con 6 ítems (8 puntos) y Atributos de la Historia con 5 ítems (5 puntos).	Cualitativa	Categorica	Escala valorativa de la Norma técnica del MINSA2016	

## **CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODOS**

### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

#### **3.1.1. TIPO DE ESTUDIO**

El estudio es de tipo descriptivo

#### **3.1.2. DISEÑO DE ESTUDIO**

El diseño no experimental de corte transversal y retrospectivo de tipo descriptivo, es decir indaga la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.2.1. POBLACIÓN**

Se consultó el censo gerencial donde están registradas todas las historias que ingresan al servicio de emergencia del Hospital Docente de Cajamarca obteniendo un total de 6353 historias ingresadas en los meses de Octubre a Diciembre del 2019.

#### **3.2.2. MUESTRA**

Se consideró el máximo tamaño muestral posible basándonos en la fórmula presentada por la Norma Técnica de Auditoría de Prestaciones de Salud

$$(N = Z^2 * p * q * N / [e^2 * (N - 1)] + [Z^2 * p * q])$$

Z es la confiabilidad al 95% (1,96)

P es 0,5 (asumiendo que 50% del registro estará llenado correctamente, dado que no contamos con prevalencias obtenidas de estudios similares realizados cajamarca),

q es (1- p)

N es el número de historias clínicas totales realizadas en el periodo citado, que corresponde a 6435 historias clínicas y error de precisión (considerado 0,05). El tamaño de la muestra fue 363 historias clínicas.

### **3.2.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Para la selección de las unidades de análisis se usó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.

### **3.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Se seleccionó 363 historias clínicas con la autorización del departamento de Archivo del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Se utilizó como instrumento el Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en Emergencia que se encuentra en la **NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – NTS N 029 – MINSA/ DIGEPRES-V.02 año 2016 (anexo 1) pág. 38**, que consta de 7 sub áreas que consta cada una de ítems y puntajes diferentes de acuerdo a la importancia, las cuales son Filiación con 16 ítems (8puntos), Anamnesis con 5 ítems (13 puntos), Examen Clínico con 5 ítems (10 puntos), Diagnóstico con 3 ítems (20 puntos), Plan de Trabajo con 7 ítems (12 puntos), Tratamiento con 6 ítems (8 puntos) y Atributos de la Historia con 5 ítems (5 puntos); se suma los puntajes finales y se saca el porcentaje al puntaje máximo para clasificar en satisfactoria, por mejorar y deficiente según los estándares de la Norma Técnica.

### **3.4.TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizó como instrumento el Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en Emergencia que se encuentra en la **NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – NTS N 029 – MINSA/ DIGEPRES-V.02 año 2016 (anexo 1) pág. 38**

### **3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS**

Una vez aplicado el instrumento a la totalidad de la muestra de historias clínicas seleccionadas, se procedió a la codificación y tabulación de la información recabada. Para esto se creó una base de datos en Excel 2015, que nos permite almacenar gran cantidad de datos a través de tablas y realizar consultas sobre información específica de forma rápida y precisa. Se elaboraron tablas y gráficos que contenían la totalidad de los datos recabados. En cada celda del programa Excel se introdujeron los datos, el cual mediante fórmulas matemáticas los convirtió a porcentajes.

### **3.6. ASPECTOS ÉTICOS.**

El presente estudio deberá ser revisado, se levantarán las observaciones y será aprobado por el Comité de Ética e Investigación de los hospitales implicados en este estudio.

Para la realización del estudio se tuvo en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, contenidas en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

El investigador actuó bajo permiso y autorización de los responsables del almacenamiento y cuidado del archivo de las historias clínicas.

La información consultada y llevada a la base de datos correspondió en todo momento con la verdad de lo encontrado, y no permite la identificación de los usuarios cuyos datos fueron incluidos en la muestra de estudio, lo cual garantiza que el estudio preserva el principio de confidencialidad de la historia clínica.

Los datos obtenidos no serán utilizados con el fin de perjudicar a terceros y la información de los pacientes será guardada manera confidencial.

Las hojas del instrumento de recolección de datos estarán bajo custodia exclusiva del investigador, bajo absoluta confidencialidad y reserva del secreto profesional.

# **CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### 4.1. RESULTADOS

##### Calificación correspondiente a la calidad de registro de la historia clínica

En el cuadro N° 1, podemos observar la calificación obtenida de las historias clínicas evaluadas. Se cuantificó el puntaje obtenido en cada subcategoría de evaluación, que plantea el Formato de Evaluación de la NTS (Norma Técnica de Salud) N° 029 – MINS – DIGEPRES – V.02, del año 2016; así como también se cuantificó el puntaje total obtenido de la evaluación de las historias clínicas que fue de 47.44 puntos correspondiente al 62.42 %; y según ello, se determinó que la calidad de registro de éstas, es DEFICIENTE.

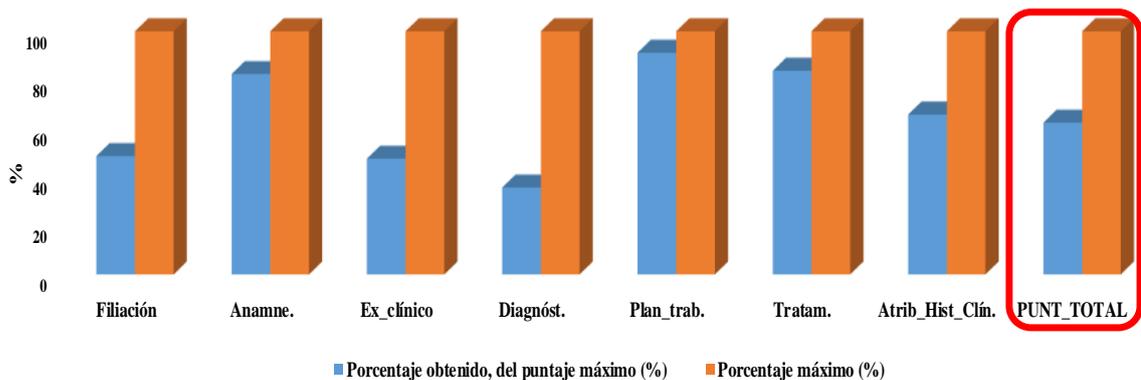
Tabla 1 Puntaje obtenido y calificación de las Historias Clínicas evaluadas, del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

<b>Sub categoría del formato</b>	<b>Puntaje obtenido</b>	<b>Desvío Estándar</b>
Filiación	3.89	0.65
Anamnesis	10.71	1.13
Examen clínico	4.76	1.07
Diagnóstico	7.15	2.48
Plan de trabajo	10.94	2.84
Tratamiento	6.70	0.53
Atributos de la Historia Clínica	3.29	2.40
<b>Puntaje total</b>	<b>47.44</b>	
<b>Porcentaje (%) obtenido en relación al Puntaje máximo (76 puntos, según NTS 029)</b>	<b>62.42 (DEFICIENTE)</b>	

**FUENTE:** Elaboración propia

### Identificar las principales deficiencias en la elaboración de la historia clínica

El Diagnóstico (36%), el Examen Clínico (48%) y la Filiación (49%) fueron las subcategorías más deficientes en la elaboración de la historia clínica, como se puede observar en la figura N° 1. Así mismo, la misma figura nos deja ver que, el puntaje final obtenido, alcanzó el 62% del puntaje máximo sugerido por la NTS N° 029 (demarcado en rojo).



*Ilustración 1 Porcentaje obtenido, con respecto al puntaje máximo establecido por la NTP N° 029, tanto para las subcategorías del formato de evaluación, como para el puntaje total obtenido.*

En la Ilustración que observamos a continuación (Ilustración 2), vemos que las preguntas que menos puntaje alcanzaron en la subcategoría FILIACIÓN, fueron Tipo y N° de Seguro (0 %), Documento de Identidad (5 %), Estado Civil (0 %), Grado de Instrucción (0 %), Ocupación (0 %) y Religión (0 %).

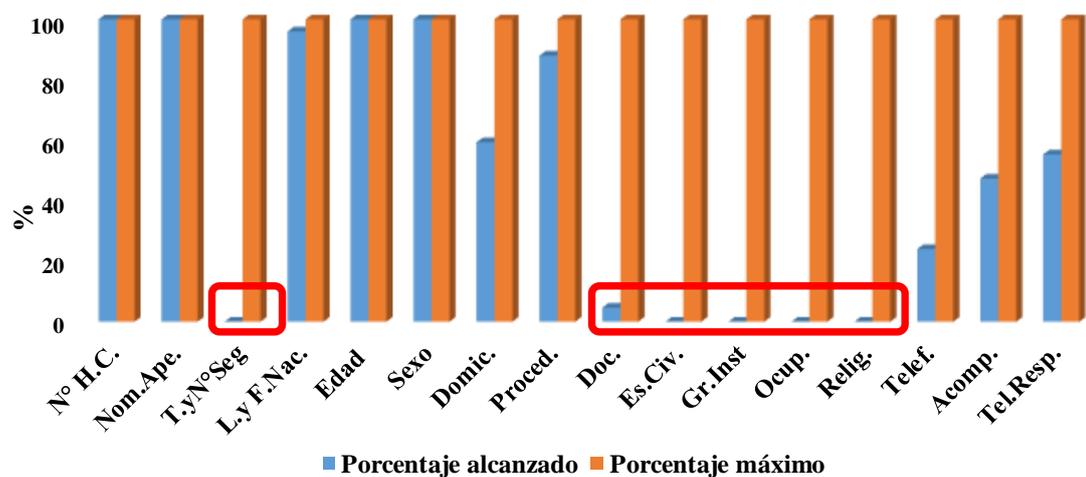
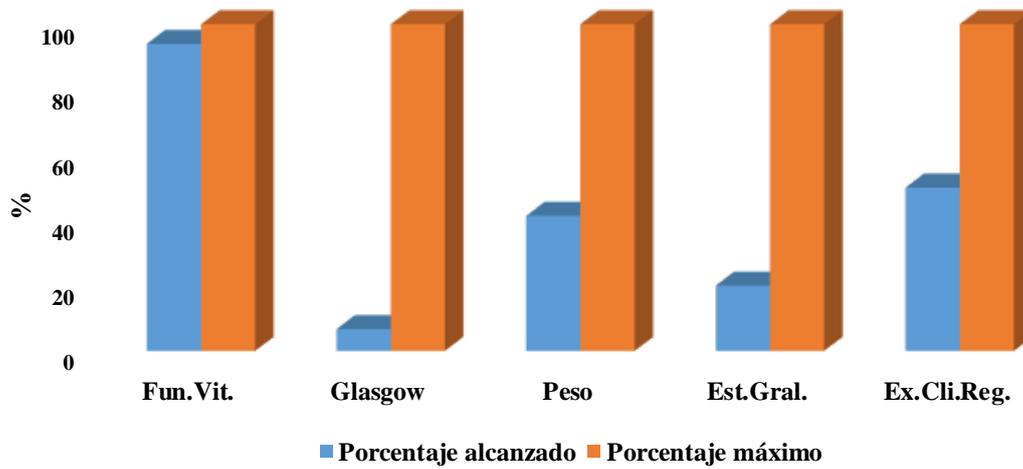


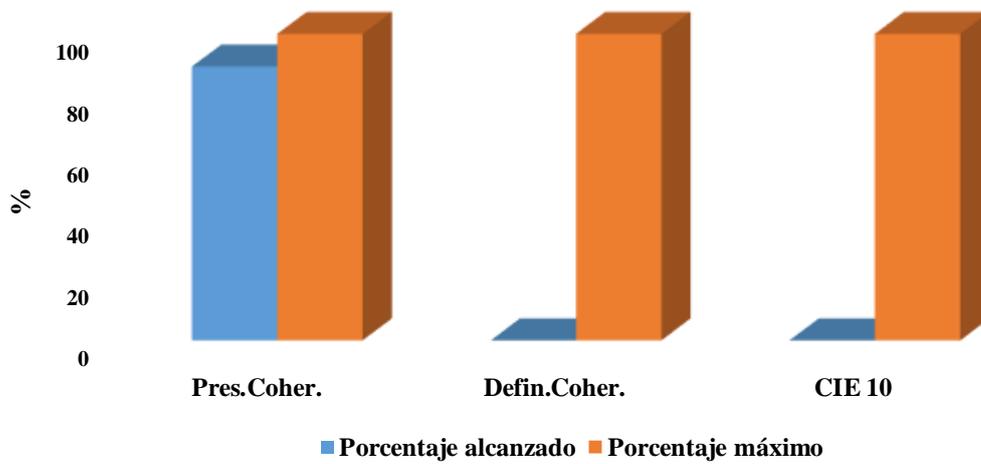
Ilustración 2 Porcentaje obtenido, con respecto al puntaje máximo establecido por la NTP N° 029, para las preguntas realizadas en la subcategoría FILIACIÓN.

En la siguiente Ilustración que observamos a continuación (Ilustración 3) vemos que las preguntas que menos puntaje alcanzaron en la subcategoría EXAMEN CLÍNICO, fueron Puntaje de Escala de Glasgow (7 %) y Estado General (20 %).



*Ilustración 3 Porcentaje obtenido, con respecto al puntaje máximo establecido por la NTP N° 029, para las preguntas realizadas en la subcategoría EXAMEN CLÍNICO*

Y por último en la siguiente Ilustración que observamos a continuación (Ilustración 4) vemos que las preguntas que menos puntaje alcanzaron en la subcategoría DIAGNÓSTICO, fueron Definitivo Coherente (0 %) y Uso del CIE 10 (0 %).



*Ilustración 4 Porcentaje obtenido, con respecto al puntaje máximo establecido por la NTP N° 029, para las preguntas realizadas en la subcategoría DIAGNÓSTICO.*

## **Recomendaciones para establecer un adecuado registro de cada ítem de la historia clínica**

1. Se considera necesario utilizar un formato de historia clínica adecuado y completo que cumpla con lo especificado por el MINSA.
2. Es importante la capacitación a todo el personal que labora en la Institución y sobre todo que está en relación directa con el registro de historias clínicas para obtener historias clínicas de calidad.

## 4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio recolecta datos de 363 historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca y al ser evaluada la calidad de registro de historia clínica se obtuvo el puntaje total de 47,44 correspondiente al 62.42% que según los parámetros estipulados por la norma técnica del 2016 (12) la clasifica como DEFICIENTE (Tabla N° 1), además permite determinar que El Diagnóstico (36%), el Examen Clínico (48%) y la Filiación (49%) fueron las subcategorías más deficientes en la elaboración de la historia clínica, como se puede observar en la Ilustración 1, En la Ilustración 2, vemos que las preguntas que menos puntaje alcanzaron en la subcategoría FILIACIÓN, fueron Tipo y N° de Seguro (0 %), Documento de Identidad (5 %), Estado Civil (0 %), Grado de Instrucción (0 %), Ocupación (0 %) y Religión (0 %), sin embargo se observa que no es por falta en el registro sino en el formato incompleto que se usa en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca. En la Ilustración 3, vemos que las preguntas que menos puntaje alcanzaron en la subcategoría EXAMEN CLÍNICO, fueron Puntaje de Escala de Glasgow (7 %) y Estado General (20 %), y en la Ilustración 4 vemos que las preguntas que menos puntaje alcanzaron en la subcategoría DIAGNÓSTICO, fueron Definitivo Coherente (0 %) y Uso del CIE 10 (0 %), se observa que ninguna de las historias cuenta con estos ítems lo que indica una falta realmente grave que se debería solucionar inmediatamente. Además cabe mencionar que en la subcategoría de atributos de la historia clínica el principal defecto encontrado fue en la legibilidad y la pulcritud lo que podría tener impacto al momento de interpretarla por otro personal de salud por ejemplo enfermería que es el responsable de ejecutar las indicaciones que se registran en dicha historia. Sin embargo tendríamos que mencionar que la subcategoría donde se obtuvo el mayor puntaje fue la del plan de trabajo con un

total de 10.9 que corresponde al 91% de su valor máximo (12 puntos) que nos indica un manejo adecuado del paciente al momento del ingreso.

Si comparamos los resultados de diferentes estudios como por ejemplo el de Rodolfo Cesar Cordero Borja titulado “Auditoria Médica En Un Centro Médico De Essalud Con Sistema De Gestion Hospitalaria” que fue realizado en Lima el año 2004 en el cual encontramos un promedio de 69.4 puntos lo que lo clasifica como regular a diferencia de nuestro estudio en el cual la clasificación es deficiente según los parámetros establecidos, además cabe mencionar que existe una diferencia sustancial en los parámetros de la Filiación y el Diagnostico CIE 10 que en el estudio realizado por Rodolfo Cesar Cordero Borja son los que obtuvieron el 100% y el 98,4% respectivamente correspondiéndose con los mejores resultados en cambio en nuestro estudio justamente estas dos junto con examen clínicos son las subcategorías que menor puntaje obtuvieron incluso se observa que en ninguna historia se registra el CIE 10 reconociéndose como un problema grave al momento de revisar la calidad.

En el trabajo realizado por Sergio Eduardo Ayala Moreno et al, titulado “Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas en el Servicio de Urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional Colombia – 2007” se obtuvo que la media obtenida fue del 26% con lo que se clasifica como deficiente lo cual es concordante con nuestros resultados, a pesar que se utilizó diferente método para analizar los datos obtenidos y diferente contexto sociocultural.

En el trabajo realizado por German Andrés Losada Hernández y Edgar Andrés Obando Bravo en su estudio titulado “Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas en los Servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa en la ESE Hospital Municipal De Algeciras” realizado en la Colombia – 2009 resalta que en los servicios de urgencias y hospitalización, existen criterios administrativos básicos, como nombre de usuario,

documento de identidad, dirección y teléfono, que estuvieron ausentes en un porcentaje de las historias estudiadas, en cambio en nuestro estudio se encuentra que tanto documento de identidad, dirección y teléfono son los que no se encuentran especificados en el formato oficial utilizado en el área de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca por lo que en esa área se obtienen los menores puntajes al momento de realizar el análisis de los datos y esto es importante ya que es un factor por el cual se considera una calidad de registro de historia clínica deficiente.

Los resultados más concordantes con nuestro estudio lo podemos encontrar en el trabajo que realizó Edwin Pablo-Rocano Lima en el 2008, titulado “Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de una Hospital General” en donde los resultados obtenidos muestran Datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); en ninguna HC se registró la codificación CIE10, lo cual podría explicarse de forma sencilla ya que es un trabajo fue realizado el 2008 en el cual no se encuentra la norma técnica actualizada del MINSA 2016 que justamente incorpora estos datos vitales para procesos administrativos, sin embargo no podría justificarse las mismas falencias en nuestro estudio ya que se supone que el Hospital Docente de Cajamarca debería utilizar el formato completo y adecuado que estipula la norma técnica del MINSA 2016.

En el trabajo de Juan P. Matzumura Kasano y col. Lima – 2014. En su estudio titulado “Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011” se describe que el 63.8% de las historias tenían una calidad de registro aceptable, mientras que en 36,2% (117) de historias, la calidad de registro ‘falta mejorar’. Cabe destacar que los ítems diagnósticos y tratamiento completo fueron los que presentaron un registro

deficiente con mayor frecuencia, si consideramos el año en que dicho estudio fue realizado se puede observar que no cuenta con la norma técnica actualizada del MINSA por lo que se supone que en el año 2019 estas deficiencias deberían de mejorar sin embargo en el estudio que realizamos podemos verificar que no es así, justamente estas subcategorías continúan siendo las que obtienen menor puntaje y adicionalmente podemos observar que el 100% de las historias valoradas no cuentan con el uso del código CIE 10 al momento de llenar el diagnostico, lo que nos indicaría que hay una deficiencia ya sea en el formato utilizado o en la forma de llenar la historia clínica que requiere atención inmediata ya que este es un documento con valor legal.

Jorge Alejandro Yarinsueca Gutiérrez Lima – 2015. En el estudio titulado “Eficacia de Capacitación para Mejorar la Calidad de las Historias Clínicas elaboradas por los Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos De Mayo, Lima Perú. Enero - Diciembre 2007” obtuvo como resultados que el porcentaje de historias clínicas consideradas aceptables aumento de 66.6% a 84,5%, hubo mejoría en la filiación ( $p=0,002$ ) y diagnostico presuntivo ( $p=0,048$ ). Por lo que podríamos considerar que la capacitación constante es vital para corregir el déficit al momento de registrar los datos en la historia clínica, además de utilizar el formato completo y adecuado.

Ana Lucia Romero Palacios Chiclayo – 2018 en el estudio titulado “Calidad de la Historia Clínica en la Evolución y Epicrisis en Internos de Medicina de dos Hospitales - Provincia de Chiclayo, período Agosto a Noviembre, 2016”, obtiene como resultados que La mayor proporción de cumplimiento de datos imprescindibles fueron: legible, fecha y hora para evolución y nombre, apellidos, firma y sello del médico, legible, y tipo de alta y condiciones de egreso para epicrisis, en nuestro estudio se puede verificar que el area mas afectada es la subcategoría Diagnostico, sin embargo cuando analizamos la subcategoría de Atributos de la historia clínica nos damos cuenta que solamente el 66% cumple con

todos los ítems requeridos y el ítem de legibilidad es el que tiene el menor puntaje en total, por lo que se considera un punto importante al momento de intentar corregir los déficit del registro de historia clínica

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

1. Se determina la clasificación correspondiente al nivel de calidad de la historia clínica en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Octubre - Diciembre 2019 como DEFICIENTE según los resultados obtenidos (Tabla N° 1)
2. Al momento de identificar las principales deficiencias en la elaboración de la historia clínica se obtiene que el Diagnóstico, el Examen Clínico y la Filiación fueron las subcategorías más deficientes
3. Se considera imprescindible utilizar un formato adecuado, completo y sobre todo que cumpla los estándares de calidad que se solicitan según la Norma Técnica del MINSA, además de solicitar la capacitación continua para poder efectuar un registro de historia clínica de calidad, lo cual beneficia tanto al hospital, al médico y al usuario.

## **CAPITULO VI: RECOMENDACIONES**

## **RECOMENDACIONES**

1. Se considera imprescindible la necesidad de evaluación constante con el fin de corregir deficiencias al momento del registro de historias clínicas en el área de emergencia del Hospital Docente de Cajamarca
2. Se recomienda utilizar un formato completo que cumpla con los estándares solicitados en la Norma Técnica del MINSA 2016 para poder registrar todos los ítems necesarios e imprescindibles para dar una buena atención al usuario.
3. Se recomienda que la institución elabore un plan de capacitación para el adecuado registro de historias clínicas no solo en el area de emergencia sino en todas las áreas ya que es indispensable que se realice de manera adecuada y se registren todos los datos necesarios.
4. Desarrollar un programa completo de inducción al personal de salud que ingresa por primera vez ya sea médico, residente, interno, enfermero u obstetra, en donde se capacite direbre el llenado de la historia clínica en la institución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Renau J. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Pápeles Médicos. 2001; I(32-40).
2. Barrera K. Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016. Tesis para optar El Grado Académico de: Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud. Lima: Universidad César Vallejo, Gestión de los servicios de la salud; 2017.
3. Ayala S. Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas en el Servicio de Urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional. Propuesta Proyecto para optar El Título de Especialista en Auditoría en Salud. Bucaramanga: Instituto de Ciencias de la Salud CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2007.
4. German Losada E. Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas en los Servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa en la "Ese Hospital Municipal De Algeciras". Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico Cirujano. Neiva - Huila: Universidad Surcolombiana Facultad de Salud Programa de Medicina Neiva - Huila; 2009.
5. Cordero R. Auditoría Médica En Un Centro Médico De Essalud Con Sistema De Gestión Hospitalaria. Tesis para optar el título profesional de Especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Postgrado; 2004.
6. Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de una Hospital General. Rev Soc Peru Med Interna. 2008; 21(2).
7. Matzumura J, Gutiérrez H. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac med. 2014; 75(3).
8. Yarinsueca J. "Eficacia de Capacitación para Mejorar la Calidad de las Historias Clínicas elaboradas por los Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos De Mayo, Lima Perú. Enero - Diciembre 2007. Tesis Para optar el grado académico de Magister en Docencia e Investigación en Salud. LIMA: Hospital Nacional Dos de Mayo; 2015.
9. Romero A. Calidad de la Historia Clínica en la Evolución y Epicrisis en Internos de Medicina de dos Hospitales - Provincia de Chiclayo, período Agosto a Noviembre, 2016. Tesis para optar El Título Profesional de Médica Cirujana. Chiclayo: Universidad San Martín de Porres; 2018.
10. Velito A, Tejada S. La historia clínica como instrumento de calidad. Curso Anual de Auditoría Médica. Hospital Alemán; 2010.
11. Piscocoya J. Calidad de la Atención en Salud a través de la Autoría Médica. Anales de la Facultad de Medicina. 2000; 61(3).

12. Yamaguchi L. Norma Técnica de Salud: Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. MINSA- Perú. 1st ed. Robles L, editor. Lima; 2016.
13. Zeron C, Sánchez J. Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San Jose de Bocay en el periodo de Enero a Junio del año 2015. Tesis para optar al título de Médico y Cirujano. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua - Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
14. Piscoya J. Calidad de la Atención en Salud a través de la Autoría Médica. Anales de la Facultad de Medicina. 2000; 61(3).

## ANEXOS

### ANEXO 1. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – NTS N 029 – MINSA/ DIGEPRES-V.02 año 2016

ANEXO N°			
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA			
FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y N° Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>8</b>		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>13</b>		
EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA

Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	
Examen clínico regional	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>10</b>		
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Presuntivo coherente	8	0	NA
Definitivo coherente	8	0	NA
Uso del CIE 10	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>20</b>		
<b>PLAN DE TRABAJO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos	3	0	NA
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>12</b>		
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>8</b>		
<b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>

Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	76		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		